UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 4

FACULTÉ DE MÉDECINE

SUR QUELQUES

PHÉNOMÈNES ÉQUIVALENTAIRES

DES ICTUS ÉPILEPTIFORMES

AU COURS DES DIVERSES FORMES DE SYPHILIS CÉRÉBRALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 février 1914

PAR

Glèbe ROSENBACH

Né à Brassowo (Russie), le 13 novembre 1890

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur.
LEENHARDT, Agrégé.
EUZIÈRE, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1914

SUR QUELQUES PHÉNOMÈNES ÉQUIVALENTAIRES
DES ICTUS ÉPILEPTIFORMES
AU COURS DES DIVERSES FORMES DE SYPHILIS CÉRÉBRALE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 4

FACULTÉ DE MÉDECINE

SUR QUELQUES

PHÉNOMÈNES ÉQUIVALENTAIRES

DES ICTUS ÉPILEPTIFORMES

AU COURS DES DIVERSES FORMES DE SYPHILIS CÉRÉBRALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 février 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Glèbe ROSENBACH

Né à Brassowo (Russie), le 13 novembre 1890

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse : RAUZIER, Professeur, *Président.* — GRANEL, Professeur. — LEENHARDT, Agrégé. — EUZIÈRE, Agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✲).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé libre.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIÈRE, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ETIENNE.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	RIMBAUD.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	ROGER.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS (ch. d. f.)
RICHE.		

Examinateurs de la thèse :

MM. RAUZIER, Prof., Président.	MM. LEENHARDT, Agrégé.
GRANEL, Professeur.	EUZIÈRE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON MAITRE ESTIMÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

Qui m'a inspiré le sujet de ma thèse et a bien voulu m'aider de ses conseils.

G. ROSENBACH.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

Qui m'ont fait l'honneur de faire
partie du jury de ma thèse.

G. ROSENBACH.

A MES EXCELLENTS COLLÈGUES

MONSIEUR ET MADAME PODOLSKY

A MON AMI

LE DOCTEUR NICOLAS PATRICK

G. ROSENBACH.

SUR

QUELQUES PHÉNOMÈNES ÉQUIVALENTAIRES

DES ICTUS ÉPILEPTIFORMES

AU COURS DES DIVERSES FORMES DE SYPHILIS CÉRÉBRALE

INTRODUCTION

On sait que les phénomènes épileptiformes sont très fréquents au cours des diverses formes de la syphilis cérébrale et qu'ils rentrent même dans le tableau clinique de cette maladie. Faciles à rattacher à leur origine véritable lorsqu'ils surviennent à une période avancée de la maladie et coexistent avec d'autres signes, ils ne le sont plus, quand ils font leur apparition à la période prémonitoire. Ils peuvent être considérés alors simplement comme des manifestations de l'épilepsie.

Dans notre thèse nous laisserons de côté l'étude approfondie de ces cas compliqués, ainsi que la question de paralysie générale, survenant chez des épileptiques.

Dans les pages qui suivent, nous nous occuperons de quelques équivalents épileptiques survenus au cours de

la syphilis cérébrale et paralysie générale, et nous tâcherons de démontrer que l'on peut considérer comme tels les ictus amnésiques qui ont été décrits dans cette dernière.

Nous diviserons notre sujet en deux grandes parties : un premier chapitre sera consacré à l'étude des faits cliniques, le second à une description synthétique des ictus amnésiques et de quelques autres phénomènes équivalentaires où nous insisterons sur leur nature surtout, sur leur pathogénie, enfin sur leur traitement, diagnostic, pronostic et les questions médico-légales qu'ils peuvent soulever.

I. — FAITS CLINIQUES

Observation I

D'après MM. J. Euzière, professeur agrégé, et Gaston Giraud, interne des hôpitaux (Société des sciences médicales de Montpellier, séance du 20 février 1914).

D. A..., âgé de 55 ans, courtier en produits alimentaires, est entré à l'Hôpital Général de Montpellier, salle Jules-Latreilhe, le 17 novembre 1912 après, un séjour de quelques semaines dans le service des maladies syphilitiques et cutanées où il a subi un traitement antispécifique intensif.

Sa syphilis remonte à 21 ans : l'accident primaire fut un chancre du méat ; il eut une roséole secondaire, et à plusieurs reprises des plaques muqueuses, de la raucité de la voix. Sa syphilis, longtemps traitée légèrement (le malade ne prenait que quelques pilules à intervalles irréguliers), n'a été vraiment soignée qu'en 1912, où il a reçu plusieurs séries de 20 injections de biiodure de

mercure et pris de l'iodure de potassium, et plus tard, à l'Hôpital Général (traitement iodo-bromuré, injections mercurielles). Au moment de son entrée, il n'était porteur d'aucun accident en évolution, mais se plaignait de céphalées continuelles, plus intenses pendant la nuit.

On relève encore dans ses antécédents une congestion cérébrale (?) qui l'aurait terrassé brusquement, il y a quatre ans, et l'aurait laissé treize jours dans un état comateux, d'où il est sorti sans aucune paralysie.

Il nie tout éthylisme.

Rien n'est à relever dans ses antécédents héréditaires et familiaux, sinon que son unique enfant serait mort de méningite.

Lors de son entrée, l'examen somatique de D... ne permit de relever aucun trouble fonctionnel important: les digestions étaient régulières, il n'y avait pas d'albumine dans les urines, pas de signes de brightisme ; un peu de pollakiurie ; le malade se levait deux ou trois fois la nuit.

Le cœur toutefois battait à 61, régulièrement, mais ses bruits étaient sourds ; on percevait un éclat diastolique à la base. Les artères étaient dures, la tension élevée (19). Le sujet n'accusait pas d'essoufflement, pas de palpitations. Il n'avait jamais eu d'oppression, jamais d'œdème.

Du côté du système nerveux quelques particularités avaient déjà attiré l'attention : nous avons signalé les céphalées violentes, en casque, surtout nocturnes dont il se plaignait, c'étaient les seules douleurs qu'il accusât. La sensibilité fut trouvée normale.

De même la motricité, de même la marche, de même l'équilibre : pas d'ataxie, pas de Romberg.

Rien du côté des organes des sens : pas d'Argyll-

Robertson, les pupilles furent trouvées régulières à ce premier examen.

Les réflexes tendineux achilléen et rotulien furent trouvés exagérés ; le signe de Babinski était positif bilatéralement. Il existait du clonus rotulien, pas de clonus du pied.

L'état général du malade était excellent, on se borna à le tenir en discrète observation, les mesures étaient prises pour que soit poursuivi le traitement antisyphilitique commencé. Pendant un an de séjour à l'Hôpital Général, D... ne se fit remarquer par aucune excentricité : on notait seulement son caractère taciturne, il recherchait l'isolement, frayait peu avec les autres malades. Il n'a présenté aucun malaise physique notable, aucun ictus, aucune crise nerveuse.

Le 15 décembre 1913, à 7 heures du matin, D... se présente chez le concierge de l'Hôpital Général et demande à voir le médecin. Interrogé par un employé, il se dit malade sans donner aucune précision sur ce dont il souffre et répond aux questions posées d'une manière si vague et incohérente et avec une physionomie tellement sombre que son interlocuteur le prend pour un fou.

Pour ce motif D... est présenté le même jour à la visite médicale.

En même temps on nous rapporte les faits suivants : vers deux heures du matin, la nuit précédente, les voisins de lit de D..., qui couche dans un des dortoirs de l'hospice, l'ont vu se lever, s'habiller sommairement, et parcourir lentement la salle, s'arrêtant fréquemment, regardant attentivement autour de lui d'un air inquiet, sans parler ni faire de bruit. Il n'a pas répondu aux questions qu'ils lui ont posées et s'est borné à les regar-

der fixement et avec méfiance. Puis il est sorti et serait resté au dehors pendant un temps assez long qu'il est difficile de préciser.

Personne ne l'a rencontré ni aperçu dans les couloirs, personne ne lui a parlé, personne n'a entendu le moindre bruit. Au réveil il avait repris sa place au dortoir. De lui-même il s'est rendu quelques instants plus tard chez le concierge pour réclamer une assistance médicale.

D... est un homme de haute stature, de complexion presque athlétique, à figure grave, impassible. Il a le front bombé, les orbites profondes, son regard a une intensité et une fixité particulières. Sa tenue est soignée. Ses mouvements sont lents, méthodiques, bien coordonnés.

Nous lui demandons ce qu'il désire : il nous dévisage et reste un instant muet, il ne sait pourquoi il se trouve là et ne se souvient pas d'avoir demandé à nous voir. Pressé de questions, il déclare pourtant qu'il a « besoin du médecin », mais ne sait que lui dire.

Toutes les questions qui lui sont posées sur son état physique reçoivent des réponses vagues, mal intelligibles. Une seule chose est patente : il éprouve à nouveau des céphalées pénibles, surtout nocturnes, étendues à toute la tête. Pas d'autres troubles somatiques ; il ne précise pas cette sensation d'étouffement qui l'aurait obligé à se lever la nuit précédente ; en réalité personne n'a jamais observé chez lui de crise dyspnéique ou asthmatiforme, et l'examen des appareils respiratoire et urinaire ne révèle rien d'anormal ; seuls persistent, peu accentués, les signes de sclérose cardio-vasculaire.

Nous lui parlons alors de ses promenades nocturnes, et lui en demandons la raison : il nous regarde d'abord un moment sans comprendre, puis il fait effort

pour se souvenir, son front se contracte, et peu à peu il arrive à reconstituer péniblement les évènements : il se souvient d'avoir éprouvé une sensation d'étouffement ; il s'est levé pour tâcher de se procurer « quelque chose de chaud ». Il a erré par les salles, mais dit n'avoir vu ni rencontré personne, personne ne lui a parlé. Il se serait recouché en désespoir de cause. Le lendemain, quand il refera le même récit, ce sera avec une variante : il a rencontré plusieurs personnes, des infirmiers et des veilleurs en particulier. Tous lui ont ri au nez et l'ont laissé aller, sans s'occuper de lui. L'enquête a montré que cette scène est purement imaginaire.

Il se rend compte lui-même que sa mémoire s'affaiblit : de grands efforts lui sont nécessaires pour arriver à reconstituer dans son esprit les évènements récents. Il déclare habiter à l'Hôpital Général depuis un mois, et nous l'avons vu les jours suivants rester fidèle à cette illusion ; plus d'un an s'est écoulé en réalité depuis son admission. S'il a la plus grande peine à se remémorer les faits encore proches de lui, sa vie de ces derniers mois en particulier, il répond sans hésitation au contraire si on le questionne sur sa jeunesse ; il se souvient très bien d'avoir été courtier en produits alimentaires à Marseille et donnerait même au besoin des renseignements précis sur le détail de ses affaires commerciales.

Les détails affluent quand il cherche à analyser son état mental. Lors du premier interrogatoire que nous lui avons fait subir, en présence d'un assez grand nombre de témoins, nous n'avons pu déceler dans ses propos aucun indice qui permette de reconnaître un délire systématisé : il ne présentait que des phénomènes démentiels. Interrogé une seconde fois, seul à seul, mis en confiance peut-être par le caractère intime de la

conversation, il s'est livré davantage, et a laissé transparaître clairement des idées de persécution : il reconnaît que son caractère est devenu instable, que le moindre incident le contrarie vivement. Il est persuadé que tout le monde lui veut du mal : les infirmiers choisissent précisément les jours où il souffre de la tête pour l'obliger à se lever avant l'heure. Les autres malades n'ont pour lui que des propos blessants, c'est pourquoi il les fuit. Il fait constamment effort sur lui-même pour tout endurer sans se mettre en colère, mais cet effort lui est pénible. Il croit cependant que ces mauvais procédés ne sont pas dirigés spécialement contre lui, mais que le monde n'est mauvais avec lui que parce qu'il est foncièrement méchant. Tout ce qu' « ils » font lui déplaît ; et il songe parfois au suicide (1).

Il se plaint que son esprit ne lui laisse pas un instant de repos. « Sa tête travaille » jour et nuit, surtout la nuit, s'occupe de choses « malsaines » : il ne peut arriver malgré ses efforts à nous expliquer de quel ordre de préoccupations il est assailli. Il se sent sous la menace d'un inconnu vague et angoissant.

Le malade ne peut nous renseigner sur sa vie génitale suspendue, dit-il, depuis trois ans, sans qu'il ait été assailli du désir de la reprendre.

Il s'étonne devant nous de la difficulté qu'il éprouve à rassembler ses idées pour nous expliquer ce qu'il éprouve : c'est une sensation qu'il dit ressentir fréquem-

---

(1) Au cours de conversations ultérieures que nous avons eues avec le malade, un autre délire a paru se faire jour : le délire des grandeurs. Il n'a qu'un signe à faire pour gagner une fortune ; il possède une martingale qui le rendra millionnaire à Monte-Carlo.

ment. Il ne se souvient pas d'avoir eu d'absence caractérisée ; il a éprouvé quelques vertiges.

Il ne peut se souvenir depuis combien de temps règne cette confusion dans ses idées, à quand remonte l'apparition de ses anxiétés et de son irritabilité. Il n'a pas remarqué en tout cas que cet état d'esprit se soit accentué récemment.

Le malade répond en général aux questions qu'on lui pose, qu'il écoute avec grande attention, mais il ne lui est pas possible de suivre un raisonnement un peu compliqué. Les choses doivent être simplement présentées. Il y a évidemment affaiblissement de ses facultés intellectuelles.

Toutes les paroles qu'il prononce sont articulées lentement, un peu péniblement. Le malade cherche ses mots, les trouve en général et les assemble normalement en des phrases suffisamment correctes. La prononciation des mots est régulière, à condition qu'il ne se hâte point. Si on cherche à le presser, les syllabes s'embrouillent, il ne peut arriver à répéter sans faute la phrase classique du « maréchal des logis d'artillerie ».

L'examen complet du sujet est pratiqué à nouveau. Nous ne reparlerons ici que de l'état du système nerveux, rien de nouveau n'ayant été relevé dans les autres appareils.

La motricité et la sensibilité sont trouvées normales comme lors du premier examen, il n'y a pas de plaques d'hyperesthésie, la démarche est normale, sans incoordination. Le signe de Romberg est négatif.

Aux membres inférieurs les réflexes tendineux, achilléen et patellaire sont très vifs. Le Babinski est très nettement positif des deux côtés. Le clonus rotulien et la trépidation épileptoïde ne sont qu'ébauchés.

Le réflexe crémastérien est normal. Il n'existe pas de troubles trophiques.

Aux membres supérieurs les réflexes tendineux sont également très vifs. Le membre et les doigts étant placés en extension, on constate l'existence d'un tremblement très net, à oscillations rapides et petites.

La face ne présente aucune paralysie. La langue n'est pas déviée, mais est animée d'un tremblement vermiculaire appréciable à la palpation.

Du côté des organes des sens enfin, nous constatons une inégalité pupillaire, qui n'existait point l'année précédente ; il n'y a pas de déformations iriennes, pas de signe d'Argyll-Robertson, pas de nystagmus. L'acuité visuelle est demeurée normale. Le malade n'a éprouvé aucune perversion du goût ni de l'odorat. Les sensations auditives sont normalement perçues. Il n'y a pas de trouble de l'écriture.

Tel est le tableau clinique qui nous a été présenté.

La ponction lombaire a été pratiquée : le liquide céphalo-rachidien est clair, a une tension normale. *A l'examen cytologique* on a constaté une très légère réaction lymphocytaire (8 par millimètre cube à la cellule de Nageotte). *A l'examen chimique :*

Chlorures	7,38
Albumine	1,50

Dans cette observation il y a deux points qui doivent attirer l'attention. D'abord, la question du diagnostic, l'étiquette sous laquelle on doit placer le malade, ensuite celle de cette ébauche de fugue nocturne inconsciente qu'a fait le malade.

La première question est assez difficile à résoudre, mais elle est en somme assez courante. Ici, comme bien souvent en pratique, il s'agit d'un de ces cas intermédiaires où le diagnostic est hésitant entre celui de syphilis cérébrale et celui de paralysie générale. On sait la parenté symptomatique et étiologique qui unissent ces deux manifestations morbides. « La syphilis est le facteur étiologique prépondérant de la paralysie générale » (Fournier, 1905). Et Krafft-Ebing a bien démontré (Congrès de Moscou, 1897) l'immunité des paralytiques généraux inoculés vis-à-vis la syphilis.

Enfin, récemment, on a découvert le spirochète dans le cerveau des paralytiques généraux (1). De sorte, qu'en somme, on peut considérer la paralysie générale comme une modalité de la syphilis cérébrale.

Mais tout médecin sait aussi qu'il ne faut pas considérer ces deux diagnostics comme ayant absolument la même valeur. Parler de paralysie générale, c'est parler d'une maladie à évolution assez rapide et à peu près fatale et qui reste encore, à l'heure actuelle, au-dessus des ressources de la thérapeutique. Parler, au contraire, simplement de syphilis cérébrale, c'est ma-

---

(1) Lavaditi, A. Marie, J. Bankowsky. — *Annales de l'Institut Pasteur*, n° 7, 25 juillet 1913.

nifester l'espoir en une évolution que le traitement pourra favorablement influencer et qui, si elle ne peut aboutir à une guérison complète, permet tout au moins un arrêt.

La distinction indispensable n'est pas toujours aisée. Dans le cas présent, nous penchons plutôt pour celui de syphilis cérébrale et ceci pour les raisons suivantes que nous groupons par rang d'importance :

1° Le caractère de la démence que présente notre malade et qui n'est pas globale, pas massive, pas progressive. On sait en effet que la démence paralytique possède habituellement les caractères opposés.

2° Conservation relative du sens critique, qui, absent dans la maladie de Bayle, ne l'est pas dans la syphilis cérébrale ou du moins beaucoup plus rarement. Notre malade se rend compte que sa mémoire s'affaiblit, qu'il est devenu instable et que le moindre incident le contrarie.

3° Effets du traitement. Les injections de biiodure de mercure qu'a reçues notre malade paraissent avoir arrêté plus ou moins l'évolution du mal, et nous voyons que l'état mental de D... pendant une année de séjour à l'Hôpital Général s'est très peu modifié.

4° Caractère de l'évolution de la maladie, très lente, très irrégulière.

5° Céphalées nocturnes violentes.

6° Participation de la moelle. Nous trouvons chez notre malade les réflexes tendineux exagérés, le clonus rotulien, le signe de Babinski positif des deux côtés.

Tous ces caractères distinctifs que nous venons de citer ne sont sans doute pas absolus, mais leur réunion nous permet avec assez de probabilité de

supposer chez D... la syphilis cérébrale plutôt que la paralysie générale.

Par ailleurs banale et typique, cette observation offre un intérêt par l'épisode que le malade a présenté. Au milieu de la nuit, D... se lève et erre par la salle pendant un temps assez long, il ne peut donner aucune explication plausible de ce vagabondage au veilleur, qui le rencontre. Soulignons dès maintenant (nous aurons l'occasion d'y revenir) que cette ébauche de fugue nocturne était inconsciente et qu'à la suite il y a eu non seulement amnésie de l'accident, mais encore un certain degré d'obnubilation crépusculaire. Remarquons aussi que cet accès délirant a duré pendant un temps assez prolongé qu'il fut, malheureusement, difficile à préciser.

Ce cas n'est pas isolé dans la littérature sans être des plus fréquents. Nous en citons quelques autres, que nous avons pu rassembler, en les résumant assez brièvement.

Observation II

(Résumée)

(Séglas)

R..., âgé de 47 ans, entré à l'hospice de Bicêtre, le 22 octobre 1900.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde vers l'âge de 6 ans. Syphilis antérieure. Le début des accidents actuels remonterait au mois de décembre 1896. Il a commencé par se plaindre de sentir partout de mauvai-

ses odeurs. Vers la même époque, apparition de vertiges qui se répétaient 7-8 fois par jour. En même temps, et brusquement, se manifestèrent des absences et des troubles de la mémoire « dès le début et aussitôt après les malaises ». Il ne se retrouvait plus chez lui, dans sa chambre, se perdait dans la rue. Il fut traité pendant 4 mois environ pour ces vertiges qui continuèrent à se reproduire tous les 4-5 jours.

A la suite de discussions avec une autre personne et de contrariétés, réapparition des mauvaises odeurs : phases d'absence, de stupeur, durant plus de 12 heures (de 5 heures du matin, par exemple, à 7 heures du soir), pendant lesquelles il restait assis dans un fauteuil, sans remuer, et sans qu'on puisse lui arracher une parole, « comme s'il était sans connaissance de ce qui se passait autour de lui ».

A cette époque, survint une première crise épileptique nette, avec convulsions toniques, morsure de la langue, écume à la bouche, délire consécutif d'une durée de 15 jours environ. A dater de ce moment, les vertiges se sont répétés tous les jours.

Un an après la première, est arrivée une seconde crise exactement semblable, mais sans délire consécutif. Une troisième s'est produite 4-5 mois après, toujours sans délire. Un peu plus tard, est survenue un matin une série de trois ou quatre crises successives.

Cinq mois avant son entrée, R... a encore eu une nouvelle crise dans la rue. Ces crises étaient précédées de prodromes ; il devenait distrait, égaré, voulait sortir sans motif. Amnésie complète de toutes les manifestations comitiales, quelles qu'elles soient. Il avait perdu la notion du temps, se couchant le jour et se levant la nuit. Il s'est perdu une fois pendant 26 heures.

6 novembre 1900. — Amnésie, qui intéresse surtout les faits les plus rapprochés. Cet état qu'il accuse et dont il s'aperçoit à chaque instant semble le laisser bien indifférent. Il cause facilement, sans efforts, quand on ne fait pas appel à ses souvenirs. Inégalité pupillaire. Signe d'Argyll-Robertson. Anosmie.

28 janvier 1901. — Amnésie rétroantérograde. Depuis son séjour dans le service, R... n'a acquis aucune notion nouvelle et se montre totalement désorienté. Pas de confabulation. Il continue à avoir fréquemment des vertiges épileptiques.

Avril 1901. — Tremblement fébrillaire de la langue; secousses des lèvres. Ponction lombaire : lymphocytose très accentuée. Pas d'embarras de la parole.

1902. — L'état mental est sensiblement le même. L'écriture est correcte. Accès fréquents de petit mal épileptique suivis d'une phase d'égarement, avec actes automatiques durant parfois assez longtemps, une demi-heure ou une heure.

Mars 1903. — Etat de mal épileptique du 3 au 13 mars. Après la cessation des accès, R... reste dans un état de confusion absolue, complètement égaré, sans aucun souvenir du passé, irritable.

1904. — L'état de confusion a toujours persisté depuis un an, entretenu par des accès épileptiques survenant de temps à autre. Inconscience et égarement complet; irritabilité ; collectionnisme ; malpropreté. Actuellement, R... est un véritable dément, à la façon habituelle des vieux épileptiques. Mort en état de mal, le 20 juillet.

Autopsie. — Le système nerveux est atteint d'une lésion inflammatoire méningo-vasculaire chronique, qui a dépassé la phase d'activité pour aboutir à la sclérose.

On se trouve amené à penser qu'il s'agit là d'une méningo-encéphalite syphilitique.

Observation III

(Résumée)

(*In* thèse Plantier, Obs. VII)

Em. F..., femme âgée de 35 ans, entre à l'asile de Villejuif au mois de juillet 1909. Syphilis antérieure.

Le début de la maladie remonte au 4 mai 1908. La malade se trouvait chez des amis. Elle était assise et conversait, lorsque, soudain, elle parut absente, égarée. Elle avait des gestes et faisait des actes automatiques. tournant dans ses mains des clefs, une bobine de fil. On la reconduit chez sa mère en voiture ; elle est contracturée, incapable de se mouvoir et de parler. Cet état dura toute la journée, après quoi elle revint progressivement à elle-même.

Le 7 mai se reproduisirent des phénomènes du même ordre. Le lendemain, elle s'est souvenue ce que disaient les spectateurs de cette scène. Puis, survint un léger embarras de la parole. Elle est incapable de reprendre son métier de brocheuse ; étant aux pièces elle n'arrive plus à compter son ouvrage ; de plus, elle a souvent des « faiblesses » et de violentes céphalées.

Au mois de juillet, Em. présente une crise épileptique avec convulsions, salive à la bouche et émission d'urines.

Le 15 août, elle a eu deux crises coup sur coup, mais s'est peu débattue. Elle a uriné.

Au mois de novembre, on la traite par le bromure et l'hypochloruration et les crises ne se reproduisent pas.

Au mois de février 1909, elle accompagne son frère qui va voir une parente à Brévannes. Pendant la visite, Em., sans perdre connaissance, « tombe en faiblesse ». On est obligé de la porter jusqu'au tramway. Ensuite, elle ne se rappelle plus être allée à Brévannes.

Peu à peu, l'état mental s'aggrave, la dysarthrie réapparaît, plus accusée après chaque crise. La malade ne sortait plus d'un état de torpeur.

Depuis son entrée, elle n'a pas présenté de crises convulsives.

A l'examen on constate de la dysarthrie avec achoppement syllabique, une trémulation des lèvres et un tremblement de tout le corps, l'inégalité pupillaire, l'exagération des réflexes tendineux. On décèle facilement des signes d'automatisme moteur et verbal. La malade est tout à fait désorientée, elle ne se rend pas compte qu'elle est dans un établissement destiné aux aliénés. L'attention volontaire est excessivement faible, l'attention spontanée annihilée. La mémoire de fixation est nulle. La mémoire des évènements anciens est très faible. De temps en temps, la malade a de furieux accès de colère, la face devient rouge. Le liquide céphalo-rachidien présente de la lymphocytose et de l'albuminose.

Observation IV

(Résumée)

Roman

R . âgé de 33 ans, entre à l'Asile clinique le 23 mars 1907, il est atteint de paralysie generale. Père alcoolique, syphilis antemoure. L'affection actuelle a debuté subitement le 1er février 1905.

Premier reveil amnesique. — A cette date, il présente durant son travail à la gare comme un etourdissement, il s'appuie à une colonne, pâlit, tombe sur le sol, mais se relève aussitôt complètement desorienté. Au bout d'une dizaine de minutes, il se reconnaît.

Deuxième reveil amnesique. — Le medecin de la Compagnie lui accorde quatre jours de repos. Or un matin, au reveil, il perd encore presque complètement la memoire, ainsi il ignore qu'il a été malade ; il veut aller à son travail, il se lève au galop pour se vêtir et partir. Il reconnaissant bien sa femme et ses enfants, il parlait correctement, mais il ne pouvait arriver à comprendre sa situation. Comme il avait quelques envies de vomir, il a pu se rendre spontanement aux cabinets. Cet état a duré environ dix minutes.

Troisième reveil amnesique. — Il recommence à travailler après ces quatre jours de repos. Il aurait bien rempli ses fonctions. Il va avec sa femme faire des achats à « La Ménagère ». Il donne son avis sur ce qu'on choisit pour lui-même les objets, sans difficulté. En sortant dans la rue, il voit, paraît-il, deux personnes

qui manquent d'être écrasées; cela l'émotionne. A partir de ce moment il ne dit plus rien et a des allures bizarres. En effet, il ne savait plus ce qu'on avait acheté dans le magasin; il avait oublié sa sortie de l'après-midi et la consultation du médecin, il ne reconnaissait plus le boulevard. Une dizaine de minutes après il revient à lui.

Evolution. — Ces pertes subites de la mémoire qui se sont répétées trois fois en huit jours, n'ont plus reparu. Mais ensuite il est devenu irritable, emporté. Il a pu continuer son travail durant deux ans environ. A noter que, le 27 février 1907, il a eu un ictus épileptiforme; malgré cela, le lendemain il recommençait à travailler. Peu à peu il exprime des idées de grandeur, absurdes, incohérentes et il est interné à l'Asile clinique.

Observation V

(Résumée)

(Benon, *in* thèse de Breger, Obs. II)

J..., 39 ans, entre à l'Asile clinique le 29 mars 1907. On peut considérer la maladie actuelle comme ayant débuté vers 1904. A cette époque, en effet, sa femme a observé chez le malade des modifications du caractère. Il devint moins aimable, plus exigeant.

Au mois de juillet 1905, ictus amnésique. Le malade revenait de son travail : au lieu de monter chez lui, au quatrième étage, il s'arrête au troisième étage, à la porte correspondante, et met sa clef à la serrure. Sa

femme sort sur le palier et l'appelle. Il monte la moitié de l'étage, s'arrête et se met à l'injurier. Puis il redescend et remet sa clef dans la même serrure. Sa femme lui crie alors : « Mais tu es fou, qu'est-ce que tu fais ? » Cela le réveille en quelque sorte et il se décide à monter chez lui. Rentré dans son appartement, il était égaré, désorienté. Il ne pouvait rien expliquer, ni dire. Au bout de dix minutes environ, il revient à lui et présente une crise de larmes. Quand sa femme lui dit qu'il l'a insultée, il ne paraît pas en avoir gardé le souvenir. Après cet incident, progressivement amnésie rétro-antérograde diffuse, globale, profonde.

Etat actuel. — Outre son état mental il offre aussi les signes physiques de la paralysie générale.

Observation VI

(Résumée)

(Benon, *in* thèse de Breger, Obs. III)

H..., 33 ans, entre à l'Asile clinique le 1er mars 1907, comme paralytique général.

L'affection a débuté en mai 1906 par un ictus amnésique. H... vient prendre son travail le matin à l'heure habituelle. Vers 11 heures, il est distrait du travail pour charger une voiture. A la fin de ce chargement, il paraissait ne plus comprendre très bien les diverses manœuvres à faire. Quand le chargement est fini, au lieu de descendre de dessus la voiture, il reste machinalement

sur les colis. On l'appelle pour aller déjeuner; il était alors midi. Il répond machinalement « oui, oui », et descend. Mais, au lieu d'aller s'habiller pour partir, il retourne à la tâche qu'il avait quittée. On va de nouveau vers lui, et on lui dit qu'il faut aller déjeuner. Il répond, toujours de la même manière : « oui, oui ». On lui fait remarquer qu'il doit être souffrant. C'est encore par le même « oui, oui » machinal qu'il répond, en accusant une barre dans l'estomac. Son regard, à ce moment, traduisait un « affaiblissement certain » de la conscience. Pour amener une réaction dans son esprit, on lui parle d'abondance, on lui demande s'il a parfois des accidents analogues, ce qu'il fait pour cela, etc... Son visage se colore, il paraît plus lucide, dit qu'il a parfois des douleurs, qu'il se purge. Il ajoute même : « Je devais être pâle. » Ce mieux n'est que passager; il se met de nouveau à répondre machinalement « oui, oui », et son regard redevient trouble. Il part néanmoins vers midi un quart, se trompe de chemin, et n'arrive chez lui qu'à quatre heures de l'après-midi. Il ne pouvait guère parler à son arrivée, ses yeux étaient hagards. Revenu bientôt à lui, il ne put expliquer ce qui s'était passé, ni ce qu'il avait fait une fois sorti de l'usine.

Il a eu encore deux ictus, l'un en décembre 1906, l'autre en janvier 1907, ce dernier avec convulsions

Observation VII

(Résumée)

(*In* thèse Breger, Obs. V)

M..., 78 ans, entre à l'hospice Genvial le 12 février 1912. Il est atteint de paralysie générale. Sa femme aurait fait quatre fausses couches.

On peut considérer la maladie actuelle comme ayant débuté en novembre 1912, par des idées de grandeur, de l'irritabilité et des troubles amnésiques qui semblent avoir procédé par poussées aiguës. Sa femme nous raconte elle-même une de ces subites amnésies.

En janvier 1912, au cours d'une promenade, elle le voit après un léger étourdissement s'asseoir sur une borne. Il est alors complètement désorienté, il lui demande où il se trouve, incapable de reconnaître une route qui lui est pourtant familière. Ce n'est qu'au bout de dix minutes qu'il peut se diriger seul.

Douze jours après son entrée à l'Asile, le malade peut lui-même nous faire le récit d'un de ces troubles passagers : « Partant de chez moi pour me rendre à la Bourse, j'étais tout à coup perdu. Je ne sais plus la route que je dois faire. Les routes sont toutes les mêmes. J'avais fait mon itinéraire, je ne pouvais arriver, je me suis mis en rage après moi, me traitant d'idiot. J'y arrivai en suivant le quai de la Fosse. »

Ces ictus amnésiques intéressant uniquement la

mémoire visuelle topographique n'ont plus reparu. L'amnésie s'est installée d'une façon progressive, non plus limitée à un seul ordre de phénomènes, mais s'attaquant sans distinction à tous les souvenirs. Extrêmement cachectique, il meurt le 9 février 1913.

Observation VIII

(Résumée)

(*In* thèse Breger, Obs. VI)

F..., 38 ans, est atteint de paralysie générale. Syphilis antérieure.

Le début remonte à cinq mois (novembre 1912). A cette date il est devenu irritable, changeant et présente un léger embarras de la parole.

Le 21 février, ictus amnésique. Le matin, F..., étant au tableau, donnait à ses élèves l'explication d'un problème. Subitement il se met à balbutier, incapable de continuer ses calculs; il se tourne alors vers ses élèves, mais ne se rappelle plus leur nom, et leur demande pourquoi ils sont venus. Sa femme, prévenue en hâte, le trouve dans cet état. Il la reconnaît, lui dit qu'il souffre de la tête et rentre chez lui. Il reconnaît parfaitement son père. On le fait se coucher, le soir il mange parfaitement, mais semble légèrement hagard; le lendemain il avait retrouvé en partie sa mémoire et se rappelait même le calcul qu'il n'avait pu achever.

Nous l'avons soumis à un traitement de piqûres hectrargyre B et depuis son état semble amélioré. Il a repris sa classe, mais l'embarras de la parole persiste ainsi que les autres signes somatiques.

II. — ÉTUDE SYNTHÉTIQUE

A. — Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les quelques observations que nous avons rapportées, nous voyons que tous ces malades ont présenté des accidents qu'il est facile de rapprocher les uns des autres. Qu'ils soient paralytiques généraux ou syphilitiques cérébraux, ce sont tous des malades ayant des lésions organiques du système nerveux, et dont la maladie n'est pas assez avancée pour qu'on ne puisse observer des modifications psychiques même par déficit. Les incidents qui les illustrent se ressemblent par bien des points :

1° Ces accidents sont passagers. Ils ne se prolongent que dix minutes environ dans les observations IV, V et VII, quatre heures dans la VI^{me}, douze heures dans la II^{me}, une journée enfin dans la III^{me}. Dans l'observation I, il a été difficile de préciser la durée de l'accident, car il s'était produit pendant la nuit. En somme, comme durée, nous trouvons tous les intermédiaires entre dix minutes et une journée entière.

2° Leur début est généralement brusque, instantané, frappant le malade au milieu de ses occupations ou pendant le sommeil, sans prodromes, laissant le malade incapable de se rappeler ce qu'il doit faire. Toutes les observations citées sont d'accord à ce point de vue-là.

3° Il y a amnésie de la crise, impossibilité presque complète pour le malade de se rappeler ce qu'il a pu faire pendant l'accident. C'est seulement le malade de l'observation VII qui peut nous raconter ses troubles amnésiques.

4° Présence concomitante d'accidents épileptiformes dans presque toutes les observations. C'est celle de Séglas (Obs. II) qui est intéressante à ce sujet. Son malade présente des vertiges fréquents, accompagnés d'absences et de troubles de la mémoire et entrecoupés de temps à autre par une crise épileptique nette avec convulsions toniques, morsure de la langue, écume à la bouche et délire consécutif. Dans l'observation IV nous voyons quelque temps après la cessation des ictus amnésiques survenir une crise épileptique convulsive. De même dans l'observation VI, où une crise convulsive suit un ictus amnésique à intervalle d'une année. L'observation III est aussi instructive. La malade présente au mois de mai deux accidents avec perte de mémoire, actes automatiques et contracture. Aux mois de juillet et d'août surviennent des crises épileptiques convulsives avec salive à la bouche et émission d'urine. Et au mois de février de nouveau un accident semblable aux précédents.

5° Époque de la maladie où ils se produisent. Dans l'observation I l'accident marqua pour ainsi dire le début de la syphilis cérébrale, car avant son apparition le malade n'était pas considéré comme tel. De même dans toutes les autres observations. Seulement chez les malades de l'Obs. I et de l'Obs. V l'accident a été précédé d'un changement de caractère. Survenus au début de la syphilis cérébrale, ces accidents ou bien continuent à se reproduire avec une fréquence plus ou moins grande

(trois ictus pendant huit jours dans l'observation IV) et souvent se combinant avec des crises épileptiques convulsives, ou bien ne réapparaissent plus durant toute l'évolution de la maladie.

Ces accidents diffèrent quelque peu suivant les observations au point de vue symptomatique. On peut distinguer :

a) Les ictus amnésiques simples (Obs. IV-VIII). Ils se caractérisent par la perte de mémoire, qui est le plus souvent complète, ou du moins elle embrasse toute une catégorie de souvenirs. Cependant quelques-uns peuvent persister et permettent alors au malade de répondre aux questions qui lui sont posées. Les malades des observations V et VII présentent une perte de mémoire visuelle portant sur les lieux (agnosie topographique) et l'ictus amnésique intéresse ici une seule catégorie de souvenirs. Nous voyons aussi que ces ictus s'accompagnent généralement d'un certain degré d'obnubilation intellectuelle ; c'est pour cette raison que Benon les appelle ictus amnésiques ou confusionnels.

Il est intéressant d'analyser l'influence qu'exercent les ictus amnésiques sur l'état mental des malades. L'état aigu étant passé, la mémoire revient rapidement au malade, qui se trouve à ce point de vue dans une situation sensiblement voisine de celle qui a précédé l'ictus.

En somme, nous constatons qu'en dehors des caractères communs avec les autres accidents et dont nous avons parlé plus haut, ce qui caractérise surtout les ictus amnésiques c'est simplement la perte de mémoire.

b) Mais à côté de ces ictus amnésiques simples, nous trouvons encore autre chose. Ainsi ce malade de l'observation I, qui se lève pendant la nuit et erre assez longtemps par des couloirs non chauffés, fait cer-

tainement une ébauche de fugue inconsciente. Dans un second cas (Obs. III), l'accident se présente de la manière suivante : Em. F... se trouvait chez des amis. Elle était assise et conversait, lorsque soudain, elle parut absente, égarée. Elle avait des gestes et faisait des actes automatiques, tournant dans ses mains des clefs, une bobine de fil. On la reconduit chez sa mère en voiture ; elle est contracturée, incapable de se mouvoir et de parler. Le malade de Séglas (Obs. II) présente de la stupeur, durant plus de 12 heures pendant lesquelles il restait assis dans un fauteuil, sans remuer, et sans qu'on puisse lui arracher une parole, comme s'il était sans connaissance de ce qui se passait autour de lui. Enfin le malade de l'observation VI, après un ictus amnésique, présente de l'automatisme ambulatoire : il part vers midi un quart, se trompe de chemin et n'arrive chez lui qu'à quatre heures de l'après-midi. Il ne pouvait guère parler à son arrivée, ses yeux étaient hagards. Revenu bientôt à lui, il ne peut expliquer ce qui s'était passé.

B. — Nature des accidents. — Nous avons pu constater dans la description qui précède la brièveté de leur évolution, l'atteinte de la conscience qui les accompagne, l'amnésie complète qui leur fait suite, enfin leur combinaison fréquente avec des crises épileptiques convulsives. Tous ces caractères nous permettent avec assez d'apparence de considérer ces accidents comme des équivalents psychiques des ictus épileptiformes, qui ont été souvent décrits dans la syphilis cérébrale.

Leur pathogénie. — Ces accidents sont dus probable-

ment aux lésions de méningo-encéphalite qui rendent la corticalité sensible à la moindre irritation congestive.

Leur diagnostic. — Nous avons vu que ces accidents surviennent fréquemment au début de la syphilis cérébrale, quand les autres signes de cette maladie ne sont pas encore bien nettement marqués. On peut alors les confondre avec une manifestation de l'épilepsie. L'observation III est intéressante à ce sujet. La malade Em. F... après son premier accident a été traitée pendant un certain temps comme une épileptique (bromure et hypochloruration). Mais alors il faut considérer les antécédents du malade, l'évolution de la maladie, et surtout faire une ponction lombaire, qui dans le cas de méningo-encéphalite syphilitique donne de la lymphocytose (signe le plus précoce et le plus constant de la paralysie générale, d'après Joffroy) et de l'albuminose du liquide céphalo-rachidien.

Le diagnostic, assez facile quand l'accident présente une simple perte de mémoire, cesse de l'être lorsqu'il s'accompagne d'obtusion des autres facultés intellectuelles. Il faut alors le distinguer des ictus apoplectiques, aphasiques, vertigineux. Faisons remarquer enfin que les ictus amnésiques peuvent se rencontrer dans des maladies autres que la syphilis cérébrale, la démence organique, le traumatisme crânien en particulier.

Pronostic. — Ces accidents, comme les crises épileptiques convulsives, exercent une influence néfaste sur la syphilis cérébrale, la paralysie générale en particulier ; l'évolution de la maladie est toujours accélérée. On sait, en effet, que c'est la forme démente simple (sans ictus et complications) de la paralysie générale qui a une durée la plus longue.

Le *traitement* de ces accidents, qui ne sont qu'une

manifestation de la méningo-encéphalite syphilitique, se confond avec celui de la maladie qui leur donne naissance, et nous n'insisterons pas plus longuement là-dessus.

Les *questions médico-légales* qu'ils peuvent soulever :

Les malades qui présentent ces accidents peuvent devenir dangereux par les impulsions qu'ils pourraient présenter. On sait que les manifestations épileptiques de ce genre sont représentées surtout par les tendances au vol, au suicide, à la violence, à la solacité sexuelle et ont pour caractère d'être irréfléchi, spontané, dément. C'est la question compliquée de l'irresponsabilité de tels malades qui doit être posée.

CONCLUSIONS

Au cours de diverses formes de syphilis cérébrale (syphilis cérébrale simple ou paralysie générale) il survient parfois des manifestations symptomatiques variables (ictus amnésiques, obnubilation intellectuelle allant jusqu'à la stupeur, ébauche de fugue, etc.), mais qui toutes sont réunies par la brièveté de leur évolution, l'atteinte de la conscience qui les accompagne, l'amnésie qui les suit.

Ces manifestations pathologiques ont même évolution, même condition de production et sans doute même mécanisme que les ictus épileptiformes qui ont été souvent décrits chez les sujets atteints de syphilis cérébrale ; elles peuvent donc être regardées comme des équivalents psychiques de ces ictus.

Elles se constatent surtout dans les premières périodes de l'atteinte cérébrale, peut-être parce qu'elles se produisent alors avec plus de fréquence, peut-être aussi parce que leur observation ne peut guère se faire que chez des malades dont l'état démentiel n'est pas trop avancé.

Cette précocité rend leur connaissance importante au point de vue du diagnostic.

Leur thérapeutique n'est pas différente de celle des lésions nerveuses qui leur ont donné naissance.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 14 février 1914.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 13 février 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ardin-Delteil. — L'épilepsie psychique (Thèse de Montpellier, 1898).

Benon (R.). — Les ictus amnésiques dans la P. G. (Gazette des hôpitaux, 1908, p. 1335).

— L'amnésie dans la paralysie générale (Gazette des hôpitaux, 5 août 1911).

Breger (R.). — Ictus amnésiques au cours de la paralysie générale (Thèse de Paris, 1913).

Plantier (J.). — Des rapports de l'épilepsie et de la paralysie générale (Thèse de Bordeaux, 1911).

Régis (E.). — Précis de psychiâtrie.

Séglas (J.). — Méningo-encéphalite syphilitique (L'Encéphale, octobre 1909).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!